# Chapitre VIII

# Les restructurations hospitalières

***PRESENTATION***

*La création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a représenté une des innovations majeures de la précédente décennie dans le pilotage de la politique hospitalière. Elle s'inscrivait dans un contexte de capacités hospitalières très excédentaires dans les disciplines dites de court séjour : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) avec une répartition des moyens très inégale selon les régions. Les ARH ont eu pour mission d'améliorer la prise en charge des besoins de santé et d'accélérer la restructuration du secteur hospitalier, afin de rationaliser l'offre existante et de la rendre plus efficiente.*

*La Cour a étudié les restructurations conduites par les ARH dans trois disciplines : l'obstétrique, la chirurgie et les soins de suite et de réadaptation. Elle a ciblé son enquête sur trois régions dont le contexte et la problématique à résoudre étaient différents : une région rurale et étendue, à faible densité médicale, le Centre ; une région très urbanisée, industrielle et frontalière, considérée comme sous équipée, le Nord Pas de Calais ; une région mixte, caractérisée par une forte densité de population sur le littoral et une faible densité dans l'arrière pays, dont l'offre était largement excédentaire, la Provence Alpes Côte d'Azur. Ce rapport s'inscrit ainsi dans la continuité des travaux de la Cour consacrés successivement aux ARH et aux outils juridiques de la restructuration*[303]*, au bilan de la politique de périnatalité*[304] *et à l'accroissement des disparités entre les secteurs hospitaliers depuis dix ans*[305]*.*

*Grâce à l'analyse préalable du contexte de la politique de restructuration, les constats de la Cour relatifs aux trois disciplines étudiées peuvent conduire à des enseignements plus généraux : les ARH ont accompli en dix ans un travail important, mais encore insuffisant, ce qui justifie la relance de la politique de restructuration hospitalière.*

# I - La politique de restructuration des établissements de santé

En 1996, la restructuration a été définie comme un objectif prioritaire national. Des outils diversifiés ont été mis à la disposition des

303. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, p. 194 et p. 251.
304. Voir le rapport public annuel de février 2006, p. 365 et suivantes.
305. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, p. 156 et suivantes.

ARH et leurs pouvoirs ont été renforcés, mais sans qu'un mode d'emploi opératoire ait été précisé par le ministère de la santé. De fait, la dynamique initiale a été progressivement ralentie, voire interrompue.

## A – Un dispositif national en apparence volontariste

### 1 – Des objectifs ambitieux

La restructuration de l'offre hospitalière avait été évoquée dans les rapports qui ont précédé l'élaboration des ordonnances de 1996, comme le Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie[306]. Tous les experts s'accordaient sur la nécessité de rationaliser l'offre existante et d'adapter l'appareil de soins aux besoins de la population tout en garantissant la sécurité et la qualité des soins. La création des ARH a été l'expression de cette ambition.

Pour la première fois, l'Etat confie à une autorité unique le pilotage régional de l'ensemble du système hospitalier public et privé. Il met fin ainsi au partage des responsabilités entre les différents services de l'Etat et de l'assurance maladie. L'ARH, administration légère, a pour mission de « définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources »[307]. L'Etat lui donne la responsabilité de promouvoir la complémentarité entre les différents offreurs de soins et une plus grande efficience du système hospitalier.

Le ministère de la santé en attendait une restructuration progressive du secteur hospitalier, permettant à la fois la conversion de l'offre de court séjour excédentaire vers les soins de suite et de réadaptation (SSR) ou vers les soins de longue durée pour les personnes âgées, le développement de la chirurgie ambulatoire, ainsi que de l'hospitalisation à domicile (HAD).

### 2 – Des leviers d'action diversifiés attribués aux ARH

L'ARH dispose de deux leviers essentiels pour aménager l'offre de soins dans son ressort : la planification, avec l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et la délivrance des

306. Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie. Raymond Soubie, Jean-Louis Portos, Christian Prieur. Commissariat général du plan 1994 ; p. 215 « encourager les restructurations ».
307. Art. L. 6115-1 du code de la santé publique.

autorisations d'activité aux établissements de santé et l'allocation des ressources aux établissements. Ces dispositifs ont évolué au cours de la décennie.

### *a) La planification*

Lors de leur prise de fonction, les premiers directeurs d'ARH ont dû dresser dans le cadre de la révision du SROS 2 (1999-2004) la liste des opérations à conduire pour améliorer la répartition de l'offre et supprimer les capacités excédentaires. Ils ont classé les sites d'urgences, organisé la structuration des maternités selon les différents niveaux de prise en charge et coordonné la mise en réseau des établissements pour la prise en charge des pathologies comme le cancer, le diabète ou la cardiologie.

A partir de 2004, pour la préparation des SROS 3 (2006-2011) l'objectif prioritaire assigné aux ARH a été celui de la recherche de l'efficience. Les ARH ont défini par territoire de santé les principales évolutions nécessaires à la régulation de l'offre. L'accent a été mis non plus sur la diminution des capacités mais sur l'activité des établissements, la complémentarité avec la médecine de ville et la qualité des soins.

En réalité, le renouvellement décennal des autorisations intervenu en 2000-2001 avait surtout permis de supprimer les lits qui n'étaient pas installés, ce qui n'a produit ni recomposition ni économie budgétaire.

### *b) Le dispositif financier*

L'introduction de la tarification à l'activité (T2A), intervenue en 2004 pour les cliniques et 2005 pour les hôpitaux, devrait à terme, conduire les établissements à accélérer leur évolution. Cette réforme s'est traduite cependant, du point de vue des ARH, par une moindre capacité d'action.

Jusque là, en effet, les ARH fixaient chaque année la dotation budgétaire des hôpitaux et signaient un contrat avec les cliniques qui déterminait le montant de leurs tarifs dans chaque discipline et les forfaits des plateaux techniques. La mise en place de la T2A a enlevé aux ARH une partie de cette compétence, car les tarifs MCO sont désormais fixés au niveau national (sauf pour les MIGAC)[308].

308. Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) font l'objet d'une enveloppe financière à part et sont attribuées aux établissements en fonction de critères particuliers.

### 3 – Les pouvoirs du directeur de l'ARH

Le code de la santé publique (CSP) autorise le directeur de l'ARH à demander à deux ou plusieurs établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, de créer un syndicat interhospitalier (SIH) ou un groupement d'intérêt public (GIP), ou de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés. Il met à la disposition des établissements un nouvel outil juridique, le groupement de coopération sanitaire (GCS), qui doit permettre la mise en commun de plateaux techniques ainsi que l'intervention commune de professionnels médicaux et non médicaux. Enfin, il organise la fongibilité des dotations régionales publique et privée de manière à favoriser ce mouvement de coopération.

Le directeur de l'ARH peut également prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle de l'autorisation d'une activité de soins en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou du personnel, ou lorsqu'il constate que l'établissement contrevient aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique (article L. 6122-13 du CSP). Il peut aussi à l'occasion d'une demande de renouvellement d'autorisation ne pas l'accorder, notamment si le projet de l'établissement n'est pas compatible avec les objectifs fixés par le SROS, ou s'il ne respecte pas les conditions techniques de fonctionnement ou d'implantation prévues par les textes (article R. 6122-34 du CSP).

En l'absence cependant de qualification juridique de la notion de danger pour la sécurité des patients et de normes d'activité, notamment pour la chirurgie, ou pour les effectifs de médecins, les ARH ont hésité à appliquer ces textes, afin de prévenir les risques de contentieux.

### 4 – Des outils plus ou moins élaborés selon les disciplines

En complément de ces outils généraux, divers leviers sont également mis à la disposition des ARH, mais de manière très variable selon les disciplines.

### *a) La périnatalité : des normes contraignantes*

L'obstétrique est la discipline pour laquelle les outils de pilotage ont été les plus élaborés. Les ARH avaient à leur disposition des normes, une obligation de structuration des établissements, des leviers tarifaires et enfin des indicateurs de suivi qualitatifs, comme les taux de mortalité maternelle et infantile.

Entre 1998 et 2000, quatre textes[309] ont fixé les règles d'organisation de la périnatalité. Elles se fondaient sur le principe suivant : toute femme doit pouvoir accoucher dans la maternité la mieux adaptée à son état.

Le décret du 9 octobre 1998 a fixé le seuil de 300 accouchements pour qu'un établissement soit autorisé à pratiquer l'obstétrique. Un autre décret du 9 octobre 1998 a déterminé pour toutes les maternités les effectifs minimaux de sages-femmes affectés en salles de travail en fonction du nombre d'accouchements et a également fixé les effectifs nécessaires à la prise en charge des jeunes mères. Ce texte a fixé les obligations de permanence des gynécologues, des pédiatres et des anesthésistes. Mais en revanche il n'existe pas de normes pour leurs effectifs. La seule obligation réglementaire est que l'établissement remplisse un tableau de garde et d'astreinte qui doit être remis aux autorités. L'arrêté du 25 avril 2000 a, en outre, fixé les normes architecturales et les équipements nécessaires au bon fonctionnement de chaque unité.

Le dispositif est centré autour du réseau de périnatalité : il doit assurer, dans le cadre d'une graduation de l'offre, la coordination entre les acteurs en respectant les impératifs de proximité et de sécurité entre les différents lieux de prise en charge ; il doit permettre d'éviter le risque d'une médicalisation excessive de l'accouchement. Il organise les transferts éventuellement en urgence des mères et des nouveau-nés entre les établissements.

### *b) La chirurgie : l'absence de normes*

Pour la chirurgie, si des normes avaient été définies pour l'environnement technique des blocs et la pratique de l'anesthésie, il n'existait pas jusqu'aux travaux de la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) publiés depuis 2006 de référentiel pour l'organisation des blocs opératoires, ni de seuil d'activité minimale pour

309. Deux décrets, un arrêté et une circulaire.

les praticiens qui garantisse une compétence chirurgicale[310]. La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS 3 cite le seuil de 2 000 actes par an par établissement comme un niveau à atteindre pour garantir aux patients la sécurité des soins, mais ce seuil n'a pas de portée obligatoire.

Le ministère de la santé a agi tardivement sur les tarifs pour promouvoir le développement de la chirurgie ambulatoire : une première mesure visant à revaloriser la rémunération des séjours d'une journée a été prise en 2004 lors de la mise en place de la T2A. La circulaire budgétaire du 3 mars 2008 prévoit une diminution des tarifs de l'hospitalisation complète pour inciter au développement de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux publics. Le nouvel article L. 162-1-17 du CSS permet quant à lui de subordonner à une procédure d'accord préalable la prise en charge par l'assurance maladie des prestations d'hospitalisation, dès lors qu'elles auraient pu donner lieu à des prises en charge ambulatoire. Bien que des premières décisions aient déjà été prises en application de ces textes, il est encore trop tôt pour en faire le bilan.

*c) Les soins de suite et de réadaptation : des normes en préparation*

Le ministère de la santé n'a donné aux ARH aucune instruction, ni aucun outil spécifique pour la restructuration des soins de suite et de réadaptation (SSR). Les axes de sa politique étaient néanmoins connus des acteurs et partagés. Ils consistaient à augmenter les capacités, réduire les inégalités géographiques et redéployer la nature des prises en charge afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées et des patients sortant du court séjour. L'approche était quantitative et ne tenait pas compte de la diversité des besoins des patients, ni du niveau de médicalisation des structures, pour lesquelles il n'existe ni normes ni référentiels.

Deux décrets du 17 avril 2008 fixent les conditions d'implantation et de fonctionnement des SSR. Leur parution entraînera la révision des SROS avant fin octobre 2009. La circulaire d'application demande aux ARH de réduire les inégalités géographiques et de redéployer les modes de prises en charge afin de mieux répondre aux besoins des patients.

Sur le plan tarifaire, des travaux ont démarré afin d'étendre la tarification à l'activité (T2A) aux SSR en l'adaptant à la spécificité du secteur. Pour la première fois, la circulaire budgétaire de mars 2008 prévoit une dotation spécifique pour les SSR, alors que jusqu'à présent le

310. Pour les autorisations liées à l'activité de traitement du cancer, le décret du 21 mars 2007 définit des seuils d'activité minimale.

renforcement des moyens dans cette discipline provenait des mesures déployées dans le cadre de plans de santé publique (urgences, plan solidarité grand âge, plan addictologie et plan Alzheimer).

## B – Une doctrine ministérielle imprécise

### 1 – Une formulation insuffisamment explicite et constructive

Le ministère de la santé n'a jamais défini ou explicité ce qu'il entendait par une opération de restructuration dans le secteur hospitalier. Il a utilisé successivement des terminologies différentes : en 1998 le terme de recomposition a remplacé celui de restructuration, le ministère de la santé jugeant que le premier avait une connotation moins négative que le second. Le terme de restructuration est cependant réapparu à partir de 2004 dans les premiers contrats d'objectifs signés entre la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) et les ARH. Les deux termes de recomposition et de restructuration ont été employés de manière concomitante dans les lettres de mission annuelles adressées par la DHOS aux directeurs des ARH en 2006 et 2007.

Dans la pratique, le mot de restructuration recouvre un contenu différent selon les acteurs. Ainsi il est employé aussi bien pour désigner des opérations qui ont trait à l'activité de soins (regroupement de plateaux techniques, suppression de maternités, fermeture de services de chirurgie) qu'à des activités logistiques (blanchisserie, achats, pharmacie, restauration). Les acteurs ne distinguent pas davantage une opération de nature administrative sans conséquence sur le partage de leurs activités médicales (fusion juridique de deux établissements débouchant sur une seule direction) et une opération ayant un impact direct sur l'outil de production de soins, comme la fermeture d'un établissement ou d'une activité et son transfert.

**La notion de restructuration et son application à l'hôpital**

La notion de restructuration peut recouvrir plusieurs modalités :

- une réorganisation des services (d'obstétrique, de chirurgie…) pour les adapter en surface, nombre de lits et effectifs à la réduction tendancielle de la durée moyenne de séjour ;

- une fermeture de services suite au non respect des normes ou à une activité trop faible. Cette fermeture peut conduire à la disparition d'un service ou d'un établissement, mais elle peut aussi déboucher sur une reconversion du site, un transfert d'activité sur un autre établissement ou la construction d'une structure neuve regroupant les anciennes activités de plusieurs établissements fermés (ex : création d'une polyclinique de taille plus importante ou d'un nouveau centre hospitalier sur un site situé à mi-distance de deux implantations antérieures) ;

- une réorganisation des services pour prendre en compte une évolution majeure des techniques médicales : développement de la chirurgie ambulatoire, de l'imagerie en coupe (IRM…), automatisation des services de biologie. Ainsi la chirurgie ambulatoire demande une organisation du circuit du patient qui oblige à modifier la disposition des lieux ;

- le développement de plateaux techniques de plus en plus élaborés nécessite des investissements qui débouchent sur un accroissement de la taille minimale des unités de production.

Ce caractère multiforme de la notion de restructuration explique la difficulté des administrations à en formuler la doctrine ou à en rendre compte dans leurs évaluations.

Cette absence de formalisation explicite des objectifs a eu des conséquences dommageables : d'une part elle n'a pas facilité le suivi des opérations menées par les ARH et l'établissement de leur bilan économique, d'autre part elle a laissé la place libre aux réactions défensives.

### 2 – Un grave défaut de pédagogie

La fermeture de petits services dans les zones rurales suscite depuis toujours des débats passionnés, comme le montrent de récentes polémiques.

Les défenseurs des services dits de proximité développent toujours les mêmes arguments : la fermeture du service mettrait en danger la santé de la population concernée car elle ne pourrait plus accéder en cas d'urgence à un établissement proche ; l'interruption d'activité de l'hôpital entraînerait le déclin d'un territoire situé en zone rurale ; un service public ne devrait pas être fermé pour des motifs d'ordre économique, enfin les décisions des ARH ne tiendraient pas compte des réalités du terrain.

Ces arguments trouvent d'autant plus d'écho que les établissements de santé ayant une faible activité sont souvent dotés de services d'urgence. Ceci les a conduits à maintenir des services de chirurgie avec des équipes médicales et paramédicales sur place et à ouvrir des blocs opératoires la nuit. Cette pratique, que la réglementation n'imposait pas[311], est pourtant coûteuse pour la collectivité. Ainsi, au CH de Châteaudun, qui accueille plus de 15 600 passages aux urgences par

311. La réglementation sur les services d'urgence prévoyait qu'un établissement désigné comme « unité de proximité pour l'accueil et le traitement des urgences » pouvait passer des conventions avec d'autres services pour prendre en charge les malades nécessitant des actes chirurgicaux avec anesthésie.

an, le montant du budget des urgences s'élève à 3,5 M€. Cet établissement n'a réalisé que 17 actes chirurgicaux la nuit par an tout en mobilisant des praticiens en astreinte. Une meilleure organisation de son service d'urgence et une diminution des permanences médicales de nuit, possible grâce à la relative proximité d'autres établissements, permettrait d'économiser 330 000 € par an, dont 180 000 € au titre des seules gardes médicales[312].

En obstétrique, la fermeture de maternités a pu se faire sans compromettre la sécurité des futures mères. A titre d'exemple, l'ARH du Nord Pas de Calais a fermé en 2000 la maternité de Saint-Pol-sur-Ternoise qui réalisait 497 accouchements. Cette fermeture s'est accompagnée d'un accord avec les deux maternités les plus proches qui se situent à un peu plus de 20 km, soit à Auchel (niveau I) soit à Arras (niveau III). Suite à cette fermeture les parturientes de St Pol vont accoucher en priorité à Auchel (le nombre d'accouchements y est passé de 727 à 1 143).

Le blocage persistant sur la fermeture des petits services est ainsi largement dû à un défaut de pédagogie et de communication sur la restructuration : le ministère de la santé n'a pas suffisamment mis en avant les concepts de qualité et de sécurité des soins, laissant la place libre à une présentation inquiétante pour la population, alors même que le maintien de certains services pouvait s'avérer dangereux et que la population les a déjà désertés comme le montre le taux de fuite constaté pour ces établissements. La médiatisation de ces cas a été faite de manière unilatérale, en raison de la difficulté des ARH à défendre les objectifs de sécurité et d'économie.

Enfin, le discours ministériel s'est surtout focalisé sur la problématique des établissements de proximité, alors que la réorganisation des établissements situés dans des villes plus importantes, y compris des hôpitaux universitaires (CHU), comporte des enjeux encore plus importants en termes de qualité des soins et d'économies potentielles.

### 3 – L'absence d'outil d'évaluation

Il n'existe aucun bilan de la politique de restructuration menée depuis 1996 car l'administration centrale ne s'est pas dotée d'outils permettant de suivre en temps réel les actions des ARH ; elle ne leur a pas fixé d'échéances pour rendre compte de leur politique et de leurs

312. Selon l'avenant au contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH du Centre en 2004, relatif à un plan de retour à l'équilibre budgétaire.

difficultés et elle n'a pas adapté les systèmes d'information à l'évaluation de la politique de restructuration.

L'atlas de la recomposition hospitalière, mis en place par la DHOS en 1998, était destiné à recenser les opérations engagées par les ARH. Il ne s'est avéré ni fiable ni opérationnel. Il a été alimenté plus ou moins régulièrement par les ARH qui remplissaient ses différentes rubriques selon leur interprétation, faute d'une définition précise de leur contenu (en cas de fermeture, par exemple, l'ARH n'avait pas à préciser si c'était une fermeture sèche ou un transfert d'activité). Il n'est d'ailleurs plus mis à jour par la DHOS depuis août 2006.

### *a) Des bilans fragmentaires dans les ARH*

Les sources d'information permettant d'analyser plus qualitativement les opérations de restructuration sont limitées ; elles sont de qualité très inégale selon les ARH et ne sont pas homogènes. Par ailleurs, il existe rarement un historique et un suivi permettant de retracer l'évolution des opérations de restructuration, que ce soit au niveau macroéconomique ou au niveau d'une région.

Quelques ARH, comme celle d'Ile-de-France[313] ou celle du Nord-Pas-de-Calais ont publié des bilans approfondis lors du départ de leur premier directeur. Ces bilans ne comportent toutefois pas d'éléments financiers sur l'impact des restructurations. Les autres bilans ne couvrent que des périodes partielles (ex : Bretagne, Franche-Comté, PACA).

Enfin, si les études préparatoires à l'élaboration des SROS contiennent des éléments sur les évolutions intervenues par discipline et sur les progrès à réaliser, elles sont plus ou moins bien documentées selon les régions et restent très globales. Il n'existe pas de cadre homogène de présentation pour les différentes disciplines et chaque ARH conduit ses travaux comme elle l'entend.

Aucune ARH n'a pu produire de chiffrage de l'impact financier des opérations qu'elle a conduites. Dans le cadre de l'enquête, une seule étude a pu être produite : celle de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) de Nord-Picardie qui porte sur l'impact de la restructuration sur l'activité de deux établissements[314]. Elle montre que ces restructurations ont eu un impact positif sur l'évolution de l'activité, surtout lorsqu'il s'est

313. ARH-IF 2003 1997-2002 Un bilan pour rendre compte. Des propositions pour avancer.

314. CRAM de Nord-Picardie : étude sur la fusion de la clinique d'Auchel et de la clinique médicale de Bruay intervenue le 1er janvier 2007; reprise de la clinique du Hainaut par la clinique Saint Saulve en 2004.

agi de mettre en commun des ressources et des compétences professionnelles en offrant un plateau technique et un hébergement de qualité à partir de structures anciennes ou en élargissant l'offre de soins.

#### *b) L'inadaptation des systèmes d'information pour suivre les restructurations*

Les systèmes d'information comme la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ou le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) n'ont pas été conçus pour recenser les opérations de restructuration, ni les suivre. Les lacunes que la Cour avait relevées en 2002 sur le fichier FINESS (fichier national des établissements de santé permettant de connaître leur adresse, leur statut juridique et leur activité) n'ont pas été corrigées. La DREES rencontre toujours des difficultés liées au fait qu'elle ne peut décompter les établissements d'une région donnée et donc les évolutions qui les concernent, car il existe des identifiants différents pour les établissements selon leur statut juridique et leur situation géographique. Ainsi un seul établissement peut avoir jusqu'à huit numéros FINESS, si son activité est répartie sur plusieurs sites. Par ailleurs, la SAE ne permet pas de dater le moment où l'opération est devenue effective ni de qualifier une opération : elle permet d'observer un transfert d'activité d'un établissement vers un autre, mais sans que l'on sache si c'est le résultat d'une évolution prévue au SROS ou subie.

La DREES reste en fait sur une approche en lits et places qui n'est plus adaptée aux besoins de suivi des SROS, qui exigerait une connaissance des sites et un suivi de l'évolution de leur activité. L'étude publiée en avril 2008 sur les changements d'organisation dans l'offre de soins pour les hôpitaux et les cliniques, fondée sur une enquête déclarative auprès des établissements, ne distingue pas non plus la nature des opérations de recomposition (transfert d'activités de soins ou d'activités logistiques)[315].

## C – Une dynamique de la restructuration progressivement interrompue

L'analyse des politiques préconisées par l'administration centrale entre 1999 et 2007 en matière de restructuration montre qu'il n'y a pas eu de ligne directrice stable. La dynamique de la restructuration s'est

315. DREES, Etudes et résultats n° 633 sur les hôpitaux et cliniques en mouvements, changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients, avril 2008.

essoufflée en raison des signes contradictoires donnés par l'administration centrale.

### 1 – Une mobilisation initiale des ARH

Dès leur création, les ARH se sont mobilisées pour préparer les SROS2 et engager un mouvement de coopération entre les établissements, en utilisant toute la palette des outils juridiques mis à leur disposition. Elles ont commencé à restructurer les hôpitaux de taille intermédiaire (inférieure à 90 lits de MCO), situés dans des villes petites ou moyennes, qui avaient des problèmes de recrutement de praticiens, ou ceux dont l'existence était menacée par le développement d'un secteur privé très concurrentiel en chirurgie. Elles ont ainsi notamment incité à la fermeture des services de chirurgie dans un contexte difficile où la peur de perdre des emplois et le souci de maintien des services publics de proximité ont pu contrecarrer leur action.

Les ARH ont réussi à développer des coopérations là où l'avenir des deux secteurs était compromis : soit le CH et la clinique se regroupaient, soit leur activité s'effondrait. La réussite de ces opérations s'est appuyée sur l'élaboration d'un projet médical, permettant le plus souvent de reconvertir le CH et de maintenir une activité d'accueil d'urgence pour assurer une permanence des soins. Mais ces opérations ont été parfois longues à mettre en œuvre et ont demandé beaucoup d'accompagnement de la part des ARH.

### 2 – Une articulation difficile des réformes

Entre 1996 et 2006, de nombreuses réformes ont interféré avec la dynamique de restructuration. La mise en place de l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) en 2001 et les multiples plans de santé publique élaborés au niveau national (urgences, périnatalité, cancer, prévention des risques sanitaires, plan anti-canicule, maladies chroniques, prise en charge des maladies rares) ont mobilisé les énergies dans les établissements et les ARH. Ces priorités nationales ont été accompagnées de crédits fléchés et ont contraint les ARH à attribuer des moyens financiers aux établissements de santé sans tenir compte de leur situation budgétaire et de leur efficience.

Le plan Hôpital 2007, lancé en novembre 2002, avec ses diverses composantes -la relance des investissements, la mise en place de la tarification à l'activité, l'assouplissement de la planification et la réforme de la gouvernance- a fait entrer les établissements dans un mouvement de réformes très important. L'introduction de la tarification à l'activité (T2A), qui lie les recettes des établissements à leur activité, devrait en

particulier conduire les hôpitaux à faire évoluer leur organisation et même à restructurer leurs services ou leur offre, en faisant apparaître les écarts entre les moyens disponibles et l'activité effective.

Cette logique tarifaire, cependant, n'est que partiellement efficace, pour trois raisons : en premier lieu, la prise en compte de la T2A dans les recettes a été progressive, du moins jusqu'en 2008. En deuxième lieu, l'attribution des MIGAC a parfois été détournée de son objet, pour permettre de compenser des surcoûts structurels. Enfin et surtout, les aides prévues dans le cadre des contrats de retour à l'équilibre (CRE) [316], en principe destinées à donner du temps aux adaptations structurelles, semblent avoir surtout été utilisées pour différer les adaptations.

Dans un rapport récent, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)[317] a souligné l'échec de ce dispositif. Elle montre notamment que ces aides, destinées aux établissements les moins productifs, parfois complétées par d'autres financements, ne leur ont pas servi à réformer leurs modes de fonctionnement ni à revoir leur organisation interne pour être plus performants : « tout se passe comme si certains établissements s'étaient durablement installés dans une culture du déficit ».

Le CHU de Lille illustre pour partie cette problématique[318].

**Le contrat de retour à l'équilibre du CHU de Lille**

Le CHU a signé un CRE avec l'ARH le 16 décembre 2004, valable jusqu'en 2007 qui prévoyait une aide de 10 M€ en contrepartie de laquelle il s'engageait à restaurer son équilibre financier.

Durant cette période, il a reçu en plus 26 M€ d'aides dont certaines à titre pérenne. Au total, il a bénéficié de 36 M€.

Fin 2007, malgré toutes ces aides financières successives son déficit d'exploitation atteint près de 15 M€ et s'est donc aggravé. Même si ce montant ne correspond qu'à 1,92 % de ses dépenses, soit à la moyenne constatée de tous les CHU (1,8 %), cette situation est préoccupante.

316. Afin de faciliter le passage à la T2A, la DHOS a mis en place en 2004 une aide nationale non reconductible de 300 M€ destinée à assainir la situation financière des établissements les plus endettés. Cette aide a été répartie entre les ARH qui devaient conclure avec ces établissements un contrat de retour à l'équilibre (CRE) comportant un plan de redressement économique. L'ARH du Centre a reçu 4,5 M€, celle de PACA 26,8 M€ et celle du Nord-Pas-de-Calais, 21,2 M€.

317. IGAS : Rapport n° 2007-164P de janvier 2008 sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux perdants à la T2A.

318. Cet établissement figurait dans la liste des établissements étudiés à la fois par l'IGAS et la Cour.

L'IGAS[319] a constaté que son déficit est lié pour partie à « une difficulté inquiétante à maîtriser les charges de personnel ». Les effectifs du CHU ont augmenté de 3,8 % entre 2004 et 2007 alors que son activité en MCO a peu progressé depuis 2005.

L'IGAS a estimé que si le passage à 100 % à la T2A devait lui être favorable, il ne résoudrait pas toutes ses difficultés et que son redressement financier nécessiterait une réduction de ses coûts de production, y compris de personnel.

### 3 – Des signaux contradictoires donnés aux ARH

Certaines décisions des ARH ont été désavouées ou contrecarrées par des interventions de leur ministère de tutelle. Ces désaveux ont jeté un doute sur la volonté réelle du ministère de la santé de restructurer les hôpitaux publics et freiné ensuite les initiatives, dans les régions où ces interventions avaient eu lieu. Deux exemples attestent de ces dysfonctionnements.

#### *a) Le maintien de la maternité de Pithiviers*

La maternité de Pithiviers a été fermée en juillet 1997 par l'ARH suite au décès d'un nouveau né et d'une parturiente. Au-delà des responsabilités humaines, l'enquête disciplinaire confiée à l'IGAS avait montré qu'il y avait des problèmes plus structurels liés à l'organisation des services de maternité et de chirurgie ainsi qu'aux normes techniques en vigueur au bloc. La maternité a été rouverte cependant en mars 1998 à la demande du ministère de la santé, dans le cadre d'un montage avec l'hôpital d'Etampes situé à proximité.

Alors que le premier directeur de l'ARH s'était prononcé contre son maintien, l'établissement reçoit depuis 1998 chaque année une aide ponctuelle nationale de 0,8 M€[320] pour le maintien de sa maternité. Un diagnostic établi par l'IGAS[321] en 2005 avait mis en évidence une instabilité des équipes, une fuite importante des parturientes vers les maternités voisines, due notamment à l'impossibilité de l'établissement d'ouvrir toute l'année. A cette date, la maternité présentait un surcoût de fonctionnement annuel estimé à 1,66 M€ par l'IGAS. Selon des données plus récentes, l'activité de la maternité progresse (566 accouchements en

319. IGAS : Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CHU de Lille, juillet 2007.

320. Rapport d'activité 2006 de l'ARH du Centre, p. 17.

321. IGAS : rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières ; juillet 2005 Tome 3.

2007), ses équipes sont plus stables et l'établissement ouvre toute l'année. Toutefois rien n'indique que sa situation financière s'améliore.

*b) Le difficile rapprochement des CH de Hirson et de Fourmies*

La ville de Fourmies située dans la région Nord-Pas-de-Calais se trouve aux confins des départements de l'Aisne et du Nord et de la province belge du Hainaut. Elle est à 17 km de la ville d'Hirson, située dans l'Aisne et rattachée administrativement à la région Picardie. Le CH de Fourmies dessert une population de plus de 66 000 habitants. Pour les activités de chirurgie, il travaille en coopération avec la clinique de la Thiérache et a passé un accord avec l'hôpital de Chimay en Belgique, situé à 20 km, pour partager les praticiens sur l'ensemble des activités. Il dispose d'un service d'urgence et d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Pour pallier les difficultés croissantes de recrutement de praticiens, un rapprochement avec le CH d'Hirson a été envisagé. Ce dernier n'a plus d'activité chirurgicale et obstétrique, mais il a également un service d'urgence et un SMUR.

Le projet de rapprochement n'a pas pu être encore mené à bien, suite à des interventions diverses. En novembre 2007, le CH d'Hirson a obtenu une autorisation d'installation pour un scanner au motif qu'il est site d'urgence. Le coût d'implantation de cet équipement nouveau est évalué à 1 M€ et le budget de fonctionnement à 0,5 M€. Plutôt que de maintenir des moyens identiques dans deux établissements aussi proches, une mutualisation entre les deux CH s'impose.

## II - Le bilan des restructurations

Selon les constats faits par la Cour, fondés sur des éléments nationaux et régionaux[322], le paysage hospitalier s'est profondément modifié en dix ans. Toutefois l'ampleur des restructurations selon les secteurs hospitaliers et leur impact sur l'obstétrique, la chirurgie et les soins de suite et de réadaptation (SSR) n'ont pas été les mêmes.

322. Les éléments nationaux sont issus des données de la SAE, du PMSI, de la DHOS et de la DREES ; les éléments régionaux sont issus des données fournies par les trois ARH faisant partie du champ de l'enquête et par des chambres régionales des comptes (CRC).

## A – Les maternités : une restructuration importante mais inachevée

Si la restructuration des maternités a été en apparence accomplie, le bilan est plus décevant lorsqu'on analyse la mise en place des réseaux et la cohérence de la gradation des prises en charge prévue par les textes.

### 1 – La fermeture de nombreuses petites maternités

Les décrets sur la périnatalité ont fourni aux ARH un levier pour fermer les petites maternités qui n'étaient pas viables ou sûres. D'après le bilan fourni par la DHOS sur les restructurations hospitalières 1997-2006, un quart des maternités ont fermé au cours de cette période. Sur 779 sites autorisés sur le territoire national en 1997, il en reste 576 en 2006. Les fermetures ont principalement concerné les cliniques dont le nombre est passé de 331 à 193 (-42 %). Dans le public 65 maternités ont fermé.

Ce constat national est corroboré, avec des nuances selon les régions, par l'enquête de la Cour. Dans la région Centre sur 7 maternités fermées, 4 appartenaient au secteur privé, en PACA sur 16 fermetures, 13 ont eu lieu dans le privé et en Nord-Pas-de-Calais, sur 10 fermetures 9 ont concerné le privé. Parallèlement, le nombre moyen d'accouchements par maternité a augmenté et l'activité obstétricale s'est déplacée vers le secteur public. Dans les trois régions étudiées, la Cour a constaté que le secteur public réalise entre 60 % et 89 % des accouchements. Au niveau national, d'après la DREES, les hôpitaux publics réalisaient en 2005 près des deux tiers des accouchements.

Ces restructurations se sont faites selon des modalités différentes. Par exemple, l'ARH du Centre s'est appuyée sur les normes de sécurité du décret de 1998 pour fermer les maternités de Châteauroux et de Nogent le Rotrou. Elle a accompagné la restructuration des maternités de Blois : on ne compte plus qu'un pôle d'obstétrique privé et public au lieu de trois. Cette opération a demandé dix ans.

La lecture des SROS3 montre que dans aucune des régions étudiées la restructuration n'a eu une incidence négative sur les indicateurs périnataux. Le temps d'accès aux maternités ne dépasse pas 45 minutes, quelle que soit la région étudiée.

### 2 – Le maintien de maternités fragiles et coûteuses

Pour autant, il subsiste encore 24 maternités qui effectuent moins de 300 accouchements par an (elles étaient 75 en 1999). Les deux tiers

sont dans le secteur public. Dans les trois régions étudiées, seule celle d'Apt en PACA est concernée par ce seuil.

Beaucoup de maternités réalisent moins de 500 accouchements par an : 8 en région Centre sur 13, 3 en région PACA sur 26. La région Nord-Pas-de-Calais fait exception car il ne reste qu'une maternité qui fait moins de 500 accouchements (CH du Cateau-Cambraisis). L'ARH de cette région a fermé en 2007 les deux autres maternités fragiles qui restaient.

Les ARH maintiennent ainsi des maternités où les sages-femmes comme les obstétriciens ont une activité très variable, comme le montre le tableau ci-dessous. Ces maternités sont souvent confrontées à des problèmes de recrutement de praticiens à temps plein, ce qui les oblige à recourir à de l'intérim qui coûte cher.

**Une activité variable par obstétricien et sage-femme (2007)**

| Maternités | Nombre d'accou-chements | Obstétriciens ETP | Anesthésistes* ETP | Sage-femmes ETP | Nombre d'accouchements par obstétricien | Nombre d'accouchements par sage femme |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Apt | 294 | 2 | 2 | 8 | 147 | 36 |
| Le Blanc | 315 | 2,1 | 4,8 | 6,85 | 150 | 45 |
| Saint | 326 | 2,2 | 3 | 7,22 | 148 | 45 |
| Valréas | 335 | 2,8 | 2,3 | 8 | 119 | 41 |
| Briançon | 366 | 2 | 0,7 dont 5 qui tournent | 12 | 183 | 30 |
| Vierzon | 456 | 2,5 | 3 | 7,6 | 152 | 60 |

** Les anesthésistes ont une activité chirurgicale*

*Source : ARH du Centre et PACA.*

### *a) L'exemple de la maternité de Vierzon*

Les deux exemples contrastés des maternités du Blanc et de Vierzon, toutes deux situées en région Centre, illustrent cependant la complexité des débats. L'activité de la maternité du Blanc est plus réduite, mais il s'agit d'un territoire enclavé. A l'inverse, le CH de Vierzon est situé à 35 minutes du CH de Bourges et à 30 minutes du CH de Romorantin.

Le CH de Vierzon dispose de 2,5 gynéco-obstétriciens à temps plein et de 7,6 sages-femmes. Il a par ailleurs trois anesthésistes temps plein dont 20 % du coût est imputé à la maternité. Cet établissement a eu recours jusqu'en 2007 pour un montant élevé à de l'intérim pour le personnel médical. Même s'il s'efforce de réduire ses coûts, sa maternité est structurellement déficitaire. L'ARH lui a apporté une aide de 0,3 M€ en 2006, qui correspond à 10 % de son budget. La Cour note qu'une mutualisation pourrait être recherchée soit avec le CH de Bourges, soit avec le CH de Romorantin (615 accouchements), même si ce dernier est

situé dans un autre département. Sa maternité a été reconstruite en 2005 et celle de Vierzon en 2007.

### 3 – Une organisation de l'obstétrique mal dimensionnée par rapport aux besoins

L'organisation d'une prise en charge graduée des femmes enceintes et des nouveau-nés était le deuxième objectif de la restructuration des maternités. Les décrets du 9 octobre 1998 et la circulaire DHOS n° 402 du 8 juillet 1999 ont défini trois niveaux de prise en charge dans les établissements en fonction de la présence, en plus de l'obstétrique, d'une unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale[323]. Les ARH ont classé les établissements selon ces critères lors des SROS2 (1999-2004).

#### *a) Une répartition incohérente des niveaux de prise en charge*

Alors que la grande majorité des accouchements ne nécessitent pas une médicalisation particulière, il paraîtrait normal que le nombre d'établissements assurant les soins de base (niveau I) soit supérieur au nombre d'établissements chargés de prendre en charge les 20 % de grossesses pathologiques ou de nouveau-nés ayant des problèmes (niveau II et niveau III).

L'étude de la répartition des niveaux dans les trois régions montre que c'est l'inverse. Les établissements de niveau I sont minoritaires et le pourcentage d'accouchements qu'ils réalisent est faible : 37,2 % des accouchements en PACA et 23 % dans le Centre se font dans des établissements classés en niveau I. Dans le Centre sur 13 établissements de niveau I, huit soit plus de 60 % réalisent moins de 500 accouchements. A Tours, Orléans, Marseille, Aix en Provence, Avignon, ou Lille intra muros aucun établissement n'est classé en niveau I. Ce constat est justement lié à la fermeture de nombreuses petites maternités privées.

---

323. Le niveau I correspond à un établissement ayant un service de gynécologie obstétrique. Le niveau II est attribué aux établissements qui possèdent une unité de gynécologie obstétrique et des lits de néonatologie pour des soins continus (IIA). Si l'établissement dispense des soins intensifs, il est classé en IIB. Le niveau III est attribué aux établissements qui disposent d'un service de gynécologie obstétrique, d'un service de néonatalogie qui comprend l'activité de réanimation néonatale, des soins intensifs et d'un service de réanimation des mères.

### *b) Une organisation des niveaux III à revoir*

A l'exception du CHU de Tours, comme le montre le tableau ci-dessous, les établissements de niveau III qui doivent prendre en charge les cas les plus lourds en termes de pathologie maternelle et fœtale réalisent plus de 70 % de naissances sans complication. Ces naissances pourraient être prises en charge dans des maternités de niveau I et justifieraient que l'on dimensionne les effectifs de ces maternités en prenant mieux en compte leur activité réelle.

La comparaison des effectifs de sages-femmes présentes dans toutes ces maternités montre une diversité d'organisations et de pratiques sans qu'il soit possible d'apprécier leur pertinence et l'efficience qui en résulte. Ainsi alors même que leurs effectifs ont été normés par les décrets de 1998, on observe des différences très importantes entre le nombre de sages femmes présentes et celles affectées en salles de travail et pour ces dernières des différences d'activité importante. A titre d'exemple, les maternités de Nice et de Lens réalisent un nombre similaire d'accouchements, mais la première dispose de presque deux fois plus de sages-femmes en salle de travail.

**Les disparités d'activité et d'organisation des maternités de niveau III**

| Etablissements Niveau III | Total Accouchements | Naissances sans complication | | Sage-femme en ETP | Sages femmes en salle de travail en ETP | Nombre d'accouchements par sage femme |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CHU Nice | 2 450 | 2 052 | 83% | 60,8 | 13,5 | 181 |
| CH Lens | 2 893 | 2355 | 82% | 29 | 7 | 413 |
| Marseille CHU Conception | 2 927 | 2 178 | 75,2% | 67,5 | 19,8 | 147 |
| CHU Tours | 3 917 | 2 255 | 57% | 85,9 | 18 | 217 |
| CHR Orléans | 4 027 | 2 931 | 72% | 60,0 | 17,1 | 236 |
| CHU Lille | 4 616 | 3 286 | 71,9% | 112,80 | 32,5 | 142 |

*Source : E-PMSI et SAE 2006.Tableau Cour des comptes*

## 4 – Une structuration des réseaux plus apparente que réelle

Au détriment d'une véritable structuration, l'attribution par les ARH des niveaux aux établissements semble avoir été faite plus en fonction de leur activité (une maternité effectuant plus de 1 000 accouchements avait une probabilité forte d'être classée en niveau II) que de l'organisation des réseaux (une cinquantaine de réseaux sont actuellement opérationnels) dans lesquels il devait y avoir une gradation

des prises en charge. L'exemple de la région PACA illustre ce constat. Il existe deux réseaux de périnatalité peu équilibrés géographiquement : le premier «Périnat Sud » couvre le sud de la région et 43 000 accouchements, le second « Sécurité naissance», couvre l'est de la région et 17 000 accouchements. Ces deux réseaux coexistent avec d'autres, dits « de proximité », organisés de manière informelle à l'initiative des acteurs de terrain. Selon le service médical de l'assurance maladie de la région, une telle configuration ne permet pas d'assurer de manière durable la graduation et la continuité des soins prévues par les textes.

## B – La chirurgie : une restructuration à deux vitesses

La chirurgie connaît une évolution rapide et profonde. En vingt ans elle est devenue plus une discipline réparatrice et reconstructrice que d'exérèse. Son activité est de plus en plus programmée et l'intervention en urgence est très faible. Les modes de vie et la pression sociale contribuent par ailleurs au développement d'une chirurgie liée à l'obésité et à l'esthétique. Toutes ces évolutions ont des conséquences sur l'organisation de l'appareil de soins. Ainsi le développement de la chirurgie ambulatoire mobilise moins de ressources humaines et fait diminuer les durées d'hospitalisation[324].

Le besoin de restructurations induit par ces évolutions a été traduit de manière très inégale selon les secteurs : les diverses modalités de coopération entre secteur public et secteur privé ont permis dans certains cas de réduire l'offre et d'améliorer les plateaux techniques. Au sein du secteur privé la restructuration a été rapide et profonde. En revanche, dans le secteur public on constate un relatif immobilisme.

### 1 – Des complémentarités public/privé diversifiées mais peu développées

Les ARH ont recherché des solutions pour maintenir une offre chirurgicale dans des villes où son avenir était compromis. Chacune d'elle a privilégié un outil : l'ARH du Centre a beaucoup utilisé les concessions de service public, l'ARH de PACA les pôles entre le public et le privé et l'ARH du Nord Pas de Calais le groupement de coopération sanitaire.

324 . Une étude de la CNAMTS récente évalue l'économie résultant d'un développement de la chirurgie ambulatoire à 500 M€.

### *a) Les concessions de service public*

L’ARH du Centre a éliminé tous les doublons existants entre le public et le privé, afin de maintenir au minimum une activité chirurgicale dans les villes de sous préfecture. Elle a utilisé la concession de service public créée par la loi hospitalière de 1970 pour restructurer les plateaux techniques chirurgicaux de Chinon ou de Saint-Amand-Montrond. Elle a constitué un plateau technique unique en faisant installer la clinique sur le site de l’hôpital ou construire un nouvel ensemble. La clinique a l’exclusivité de l’activité chirurgicale et coopère aux urgences du CH. Les chirurgiens et les anesthésistes réanimateurs libéraux sont indemnisés par l'assurance maladie pour les astreintes qu'ils assurent dans la clinique, qui accueille des patients 24 heures sur 24 en direct ou venant des urgences de l'hôpital. Lorsqu'ils sont d’astreinte à la clinique, les chirurgiens interviennent également aux urgences du centre hospitalier pour donner un avis.

Ces concessions soulèvent cependant des interrogations quant à leur viabilité : la maternité du CH de Chinon (400 accouchements par an), malgré l’appui du CHU de Tours et le CH de St-Amand-Montrond sont en déficit.

### *b) Les pôles publics/privés*

L’ARH de PACA a fait le choix de maintenir une activité chirurgicale dans des villes moyennes en procédant soit à des partages d’activité entre le public et le privé, soit en laissant le libre choix à la population lorsque c’était possible. Elle a privilégié le pragmatisme en confiant l’activité à l’établissement qui la réalisait principalement. Ainsi elle a créé des pôles public/privé à Carpentras, à Saint-Tropez, où il subsiste un seul site de chirurgie, la clinique réalisant l’activité chirurgicale et le CH assurant les activités de médecine et d’obstétrique.

Chaque entité conserve son propre mode de fonctionnement et son directeur mais il n’y a plus qu’un seul plateau technique, une seule permanence des soins et une logistique commune. Le bilan dressé par l’ARH montre que ces pôles rendent service à la population en maintenant à proximité des activités dont la disparition aurait été source de difficultés, notamment l’été pour Saint Tropez ; que les taux de fuite en obstétrique et en chirurgie ont été stabilisés et que l’activité des pôles a nettement augmenté depuis leur rapprochement ; enfin que les cliniques ont fortement développé leur activité chirurgicale auparavant en chute. Fin 2007, l’ARH a diligenté un audit afin de faire un bilan de l’impact de ces regroupements et d’évaluer la pertinence du modèle à un moment où elle souhaite étendre cette formule à d’autres établissements et où

l’application de la T2A à 100 % en 2008 modifie le contexte budgétaire. Toutefois la situation financière entre le public et le privé est déséquilibrée, la clinique tirant plus partie de son positionnement que l’hôpital.

Cette politique n’est pas toujours reproductible à l’identique, y compris dans la même région, comme le montre l’exemple du rapprochement en cours entre le CH et la clinique de la Ciotat.

**Le rapprochement incertain du CH et de la clinique de La Ciotat**

Actuellement, l'hôpital et la clinique sont sur deux sites distincts éloignés qui répondent chacun à leurs propres règles de fonctionnement.

Après des années de discussion, l’ARH de PACA a pu engager la mise en commun des plateaux techniques du CH et de la clinique de La Ciotat. Sa commission exécutive a donné à l’unanimité son accord en février 2005 pour la création d’un pôle de santé public/privé à La Ciotat. Le projet prévoit la rénovation du bloc opératoire sur le site de l’hôpital dont les travaux ont démarré en 2007. Le début de réalisation de la partie privée devrait commencer en 2008. Toutefois le plateau technique sera partagé entre les deux équipes chirurgicales et sa mise en commun ne débouche pas sur le partage des activités chirurgicales entre la clinique et le CH. Seuls certains segments d'activité chirurgicale ne seront réalisés que par un des partenaires du pôle.

Dans le projet initial, le bloc opératoire a été dimensionné pour 9 000 interventions par an. On peut craindre un surdimensionnement car le projet a été basé sur une forte augmentation de l’activité (33 % pour le privé et 20 % pour l’activité publique) et sur la récupération d’un taux de fuite proche actuellement de 40 %. L’ARH envisage toutefois de réexaminer la taille du bloc opératoire.

### *c) Les groupements de coopération sanitaire*

L’ARH du Nord-Pas-de-Calais a été l’une des premières à utiliser l’outil de groupement de coopération sanitaire (GCS). Elle a constitué de nombreux GCS dont en 2000 celui de cardiologie interventionnelle entre le CH de Lens et la polyclinique de Bois Bernard.

**L’exemple contrasté du GCS de Lens/Bois Bernard**

Le CGS de Lens, qui est détenteur de l’autorisation de chirurgie cardiaque, est particulier car sa gestion est entièrement mixte. Les locaux sont sur le site du CH mais ils disposent d’une entrée et d’un bloc dédié ; le matériel et l’équipement est privé (la clinique paie les appareils de circulation extra corporelle, de scintigraphie, les sondes…). Le personnel non médical a un statut public. Les médecins ont un double statut : ils sont praticiens hospitaliers à temps partiel et exercent à 50 % en libéral sous contrat avec la polyclinique.

La création de ce GCS a permis d’augmenter l’activité de chirurgie cardiaque qui est passée de 500 interventions à 625 en 2006.

Néanmoins, cet outil, qui paraissait être le mieux adapté à la coopération public privé, s'avère au bout de huit ans complexe en termes d'utilisation, les règles de tarification (T2A) n'étant pas les mêmes pour les deux secteurs. La clinique perd désormais de l'argent sur cette activité suite à l'application de la T2A. Par ailleurs, comme elle n'a pas l'autorisation de réanimation, elle ne peut plus facturer les forfaits liés à cette activité depuis le 1er mars 2008. Le CH est également en difficulté financière. La question de l'avenir de ce GCS est donc posée.

### 2 – La restructuration importante du secteur privé

Le mouvement de restructuration a surtout concerné en réalité le secteur privé à but lucratif. Entre 1997 et 2006, 276 services de chirurgie ont été fermés sur le territoire national : 76 dans le public et 200 dans le privé à but lucratif. 72 % des restructurations ont eu lieu dans ce secteur[325].

Le nombre des cliniques de MCO est passé de 1 070 en 1998 à 660 en 2005[326]. Les petits établissements privés qui n'étaient pas aux normes ou pratiquaient une activité chirurgicale traditionnelle ont disparu. Cette restructuration s'est accompagnée le plus souvent d'investissements immobiliers importants pour la construction d'établissements neufs mono-site ayant une taille supérieure. En 1985, la taille moyenne des cliniques était de 70 lits. Elle était de 110 lits en 2005.

Cette restructuration s'est accompagnée de l'émergence de groupes privés régionaux ou nationaux. En 2007, quatre groupes nationaux détiennent 124 établissements MCO soit 17,3 % de l'ensemble des établissements de court séjour et 23 % des lits de l'hospitalisation privée. Ils réalisent plus d'un million de séjours (23,34 % du total).

La restructuration des cliniques se fait toujours à un rythme soutenu, notamment dans les villes importantes. A titre d'exemple, dans la région Nord Pas de Calais, depuis 2006, plusieurs opérations importantes ont été menées à l'initiative des opérateurs privés : création du plateau technique de Divion afin de couvrir les besoins de la population aux alentours d'Arras, fusion de la clinique de la Tamise et de la Lorraine à Calais avec construction d'une nouvelle clinique, rachat de la polyclinique Vauban à Valenciennes en septembre 2007 par le groupe Médi-partenaires qui vient d'acquérir la clinique du Parc à Saint-Saulve à Valenciennes. En juin 2007, le groupe régional, Lille Septentrion dénommé « Hôpital privé métropole » (HPM) est devenu le premier

325. Bilan établi par la DHOS en décembre 2007.
326. FHP. Revue Regards n° 50 septembre-octobre 2007.

groupe de santé de la métropole lilloise. Dans la région Centre d'importants regroupements ont eu lieu également à Blois, Bourges et Tours et sont prévus au nord d'Orléans.

### *a) Une activité de plus en plus concurrentielle vis-à-vis des hôpitaux*

Les cliniques privées réalisent près de 60 % de l'activité chirurgicale dont plus de 70 % des interventions ophtalmologiques, ORL ou stomatologiques et quasiment les trois quarts de celle réalisée en ambulatoire [327]. Dans la plupart des grandes villes comme Lille, Valenciennes, Calais, Marseille, Toulon, Nice et Orléans, les hôpitaux ont une activité chirurgicale inférieure à celle des cliniques.

A Valenciennes, les deux polycliniques qui appartiennent au même groupe réalisent deux fois plus d'interventions que l'hôpital. A Calais, le CH effectue environ 4 300 actes chirurgicaux, la nouvelle clinique des deux Caps, 6 300. A Lens, le CH est concurrencé par les trois cliniques locales, à Boulogne, le centre de la Côte d'Opale réalise plus de 9 900 actes chirurgicaux et le CH 6 900. A Tours, les cliniques privées qui se sont fortement regroupées produisent 32 460 séjours et le CHU 22 340.

### *b) Une prise en charge croissante des pathologies lourdes*

Lorsque les cliniques se restructurent, on observe qu'elles améliorent leur plateau technique et augmentent le pourcentage de prise en charge des pathologies lourdes. La lourdeur de ces prises en charge est évaluée à partir de l'indicateur proposé par la classification OAP et à partir du PMSI 2006, seule classification disponible actuellement.

**La classification OAP (outil d'analyse du PMSI)**

La lourdeur de la prise en charge est un indicateur élaboré à partir du PMSI. La méthode consiste à analyser l'activité des établissements selon deux niveaux de regroupements de leur GHM (groupe homogène de malades). Elle distingue d'une part des pôles d'activité correspondant à peu près aux différentes spécialités (digestif, orthopédie, cardiologie, ORL, pneumologie, système nerveux) et, d'autre part, elle différencie à l'intérieur de ces pôles pour chaque GHM ceux qui ont nécessité le recours à une expertise médicale ou chirurgicale spécifique ou à un plateau technique particulier. Par exemple dans la chirurgie digestive, une appendicectomie sans complication n'est pas considérée comme une prise en charge lourde alors qu'une affection tumorale ou une maladie inflammatoire de l'intestin le sera.

327. DREES : les établissements de santé en 2005. Edition 2007.

Cette classification permet pour chaque établissement, à partir d'un logiciel mis à jour annuellement, de connaître la répartition de ses séjours, la lourdeur des prises en charge effectuées et de les comparer avec d'autres.

Une étude du bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée (BAQIMEPH) faite à la demande de la Cour montre que dans des agglomérations comme Marseille ou Nice, les actes lourds dans certaines disciplines comme l'orthopédie, le digestif et la cardiologie interventionnelle sont réalisés aussi bien dans les cliniques que dans les CHU. A Marseille, le CHU fait 51 % d'actes lourds en chirurgie cardiaque mais 48 % sont faits dans les cliniques. Dans le Nord Pas de Calais, le CHU est distancé par le secteur privé en orthopédie et en cardiologie interventionnelle, mais les hôpitaux publics (CHU et CH) réalisent 65 % des actes lourds dans le digestif. Dans le Centre, à Tours, avant que les cliniques ne se restructurent début 2008, la lourdeur des cas traités par l'ensemble du secteur privé était à peu près égale à celle du CHU sur le viscéral et en chirurgie cardiaque, supérieure en orthopédie et légèrement inférieure en cardiologie.

Cette situation a conduit les responsables des hôpitaux publics à prendre conscience de la nécessité de mesures plus volontaristes. Ils ont évoqué l'adoption d'un plan de sauvetage de la chirurgie publique, tout en annonçant qu'il y avait 200 à 250 établissements à restructurer sur les 550 existants si on veut garantir une offre publique de qualité[328]. Les restructurations à mener au sein des établissements plus importants restent cependant encore peu évoquées.

### 3 – La faiblesse des restructurations dans les hôpitaux publics

Les ARH ont rarement réussi à convaincre les établissements d'abandonner leur activité de chirurgie lorsque celle-ci n'était plus viable et elles n'ont pas toujours pu résister aux pressions locales.

#### *a) La fermeture des petits services de chirurgie*

L'ARH du Centre a supprimé 20 sites entre 1997 et 2007, dont plusieurs sites de chirurgie publics. Ces fermetures ont été précédées d'un protocole d'accord entre les établissements lorsqu'il y a eu partage d'activité avec la clinique (ex : Saint-Amand Montrond, Chinon en 1998).

328. Claude Evin, président de la FHF. Mars 2007. Dixièmes rencontres des décideurs hospitaliers organisées par la société Dexia. Propos rapportés dans des articles parus dans la presse du 28 mars 2007.

Lorsqu'elles ont été décidées par l'ARH pour des raisons de sécurité ou de qualité, elles se sont faites dans le secteur public dans un climat difficile (manifestations à Issoudun, création d'un comité de défense, pétition adressée au président de la République et manifestations à Vendôme).

L'ARH de PACA a fermé 14 sites de chirurgie dont 4 sites publics (CH de Saint-Tropez, de Carpentras, de Vaison-la-Romaine et du Pertuis). Ces fermetures se sont faites selon différentes modalités :

- fermeture du service de chirurgie du CH et reprise de son activité par la clinique dans le cadre de la création d'un pôle public/privé avec un seul site opératoire (ex : Saint-Tropez ou Carpentras) ;
- reconversion des CH en établissements de soins de suite, comme à Pertuis et à Vaison la Romaine ;
- fusion des CH de Gap et Sisteron.

Dans le Nord Pas de Calais, les fermetures n'ont concerné que des établissements privés.

### *b) La fusion entre les hôpitaux publics*

Bien que la loi permette au directeur de l'ARH de décider de la fusion entre CH, y compris contre leur volonté (article L. 6122-15 du CSP), ce pouvoir a été peu utilisé dans la pratique. Le constat fait par la Cour en 2000 reste totalement d'actualité en 2007 : les restructurations des CH sont peu nombreuses et sont laborieuses. Par ailleurs, les ARH ont rarement utilisé la possibilité qui leur avait été donnée par les textes de demander dans le cadre d'une opération de restructuration ou de coopération « la suppression d'emplois médicaux et des crédits y afférents ainsi que la création d'emplois médicaux et l'ouverture des crédits correspondants dans les établissements de santé » recevant les patients des services supprimés ou reconvertis. Les deux exemples qui suivent montrent comment dans une même région les résultats peuvent se révéler disparates.

**L'exemple de la fusion difficile du CH de Toulon et du CH de la Seyne**

Les deux CH ont fusionné sur le plan administratif en 1988 mais en réalité leur activité MCO reste déployée sur deux sites et ils ont deux services d'urgence. Ils ont gardé leurs activités propres, qui sont souvent redondantes. En obstétrique, la maternité de la Seyne, classée à un niveau inférieur à celle de Font-Pré, réalise plus d'accouchements. Mais la tentative de rapprochement des deux services d'obstétrique sur le site de la Seyne s'est heurtée à la résistance du monde politique local et national.

Un projet médical a été approuvé fin 2003 en vue de regrouper les activités médicales et de préparer la construction d'un nouvel hôpital à Sainte Musse. Toutefois le site de La Seyne est maintenu pour assurer une activité de proximité. Ce projet a été adopté avec des réserves portant sur la nécessité du regroupement sur un seul site des deux services d'ophtalmologie. Les travaux de construction du nouvel hôpital ont commencé et devraient s'achever en 2010, malgré les réserves de l'ARH sur la nécessité d'avoir au préalable un projet médical commun plus abouti.

L'exemple du CHI des Alpes du Sud issu de la fusion des CH de Gap et Sisteron montre à l'inverse que la mutualisation des moyens entre CH peut permettre de fermer progressivement des activités.

**La fusion des CH de Gap et de Sisteron**

Le CH de Sisteron avait une faible activité chirurgicale avec 1 340 actes en 2005. Il a fusionné avec le CH de Gap en 2006 pour créer un établissement intercommunal avec une seule équipe de chirurgie. Cette organisation a permis de supprimer une astreinte de chirurgien pour le bloc opératoire. Seule subsiste une astreinte de sécurité. 85 % de l'activité chirurgicale à Sisteron se fait en ambulatoire. Le bloc opératoire est fermé la nuit et le week-end, les interventions en urgence sont effectuées sur le site de Gap.

Le CH de Gap récupère progressivement les activités chirurgicales de Sisteron.

### *c) L'échec de la fermeture des services à faible activité*

Dans les trois régions étudiées, 14 hôpitaux publics réalisent moins de 2 000 actes chirurgicaux par an. Sept sont situés dans le Centre, cinq en PACA et deux dans le Nord. La plupart ont été cités dans un rapport du Pr Guy Vallancien[329] publié en 2006.

Il existe des projets de restructurations pour la plupart de ces sites, mais ils sont inégalement avancés. Dans le Nord-Pas-de-Calais, la fermeture du service de chirurgie du CH d'Hazebrouck est envisagée. En PACA, la fermeture de la chirurgie à Valréas et sa conversion en SSR en 2008, ainsi que la création d'un pôle public/privé à Menton, piétinent. Dans le Centre, la réflexion semble moins avancée alors même que l'ARH constate que les difficultés de recrutement de médecins spécialistes fragilisent certains de ces petits services de chirurgie.

329. Rapport sur l'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France, remis au ministre de la santé en avril 2006.

**Les hôpitaux publics réalisant moins de 2000 actes chirurgicaux par an***

| Région | Etablissement | Département | Nombre d'actes |
|---|---|---|---|
| PACA | Valréas | Vaucluse | 738 |
| | Apt | Vaucluse | 877 |
| | Cavaillon-Lauris | Vaucluse | 954 |
| | Menton | Alpes maritimes | 1201 |
| | La Ciotat | Bouches du Rhône | 1134 |
| CENTRE | Le Blanc | Indre | 913 |
| | Nogent le Rotrou | Eure et Loir | 1160 |
| | Châteaudun | Eure et Loir | 1187 |
| | Loches | Indre et Loire | 1398 |
| | Amboise | Indre et Loire | 1638 |
| | Romorantin | Loir et Cher | 1811 |
| | Vierzon | Cher | 1956 |
| NORD-PAS-DE-CALAIS | Fourmies | Nord | 889 |

**Il s'agit de tous les actes nécessitant un bloc opératoire.*

*Source : PMSI 2005 ou 2006 fourni par les ARH des trois régions*

### *d) Deux exemples de décisions de fermeture différées*

*Nogent-le-Rotrou* : ce CH a le monopole de l'activité chirurgicale, la clinique de la ville ayant fermé en 2000. Il a réalisé 1 490 séjours en 2006. Son activité et ses parts de marché se dégradent régulièrement. 74 % des patients résidant dans sa zone de desserte choisissent de se faire soigner au Mans ou à Chartres.

L'étude de son PMSI 2006 montre que son activité relève de l'ambulatoire. Le CH réalise 57 actes chirurgicaux par an la nuit alors qu'il dispose d'un service d'urgence, soit environ un acte par semaine. Le CROSS a d'ailleurs voté en février 2007 contre le renouvellement de son autorisation de service d'urgence, considérant que le projet ne respectait pas les conditions techniques de fonctionnement.

Cet établissement a une gestion coûteuse et son déficit atteint près de 1,8 M€ en 2007 sur un budget de 16,9 M€ tous services confondus. L'établissement n'a pas mis en œuvre le plan de retour à l'équilibre signé avec l'ARH fin 2004 pour lequel il a bénéficié d'une aide non reconductible de 0,5 M€. Selon l'ARH, « depuis fin 2006 il a procédé à un recrutement d'intérimaires excessif, qui concerne toutes les disciplines et notamment les anesthésistes, ce qui peut poser des problèmes en matière de suivi post opératoire ».

Suite au décès d'un patient en septembre 2007, l'inspection des services de l'Etat a « estimé que l'établissement n'était pas en mesure de

proposer une organisation pérenne compatible avec la reprise immédiate d'une activité chirurgicale avec hébergement principalement du fait d'insuffisance de recrutement de personnels médicaux et paramédicaux ». Le directeur de l'ARH après avoir levé d'abord partiellement la suspension d'activité pour la seule chirurgie ambulatoire et programmée a procédé en mai 2008 au retrait définitif de l'autorisation de chirurgie avec hébergement complet.

*Valréas* : Le CH de Valréas est situé à 45 minutes des CH d'Orange et de Montélimar (qui dépend de l'ARH de Rhône Alpes). 75 % des habitants de la commune ont choisi de se faire opérer ailleurs. En 2005, l'ARH a annoncé la perspective de la fermeture de la chirurgie (hors ambulatoire) et le redéploiement de ses moyens vers d'autres types de prises en charge. Le plan de financement du projet d'établissement conclu sur cette base a été transmis et validé par le précédent directeur d'établissement en novembre 2005.

Le CH de Valréas est en déficit depuis de nombreuses années. Pour accompagner un plan de redressement, l'ARH lui a attribué à titre pérenne un crédit de 0,5 M€ en 2007. Le CH a bénéficié en plus d'un contrat de retour à l'équilibre (CRE) pour un montant total de 1,8 M€ sur la période 2004-2007. Malgré ces soutiens, le déficit de l'établissement atteint 0,33 M€ en 2007, montant supérieur à celui figurant à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ERPD) initial. Une des conditions posées pour l'attribution d'une partie des crédits non reconductibles était que la chirurgie soit fermée à la mi 2008. Cette hypothèse se heurte à la résistance des différents élus qui interviennent régulièrement auprès du ministère de la santé qui les soutient.

C'est ainsi que, à partir d'août 2007, suite au départ d'un praticien, la continuité de la sécurité anesthésique dans l'établissement a été assurée par le recours successif à trois médecins remplaçants. Pour l'ARH, « ce fonctionnement présente un coût important pour l'établissement et ne peut constituer une solution durable permettant d'assurer le respect des normes ».

### 4 – La réorganisation tardive et coûteuse des CHU

Les 29 CHU/CHR de métropole (dont l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) représentent plus du tiers des dépenses des établissements publics de santé (EPS) Leur restructuration est loin d'être achevée et leur situation financière est préoccupante. Le déficit de leur compte de résultat principal (hors budget annexes) sous réserve de la

fiabilité des comptes[330], s'accentue lourdement : selon la DHOS, il atteint 396 M€ en 2007 (353 M€ hors AP/HP) contre 86 M€ en 2006.

Sur les cinq CHU ou CHR compris dans le champ de l'enquête, la Cour relève que trois d'entre eux (Lille, Marseille, Nice) ont des déficits élevés. Certains sont soit engagés dans des opérations d'investissement lourdes, comme Marseille, soit subissent une forte concurrence du secteur privé, comme Lille.

**La situation budgétaire des CHU dans les régions étudiées**

*En M€*

| CHU | Montant de l'EPRD | Compte de résultat principal 2007 | Montant du contrat de retour à l'équilibre |
|---|---|---|---|
| Marseille | 1 042 | - 49,7 | 15 |
| Nice | 502 | - 36,4 | Pas de CRE |
| Lille | 783 | - 15 | 10 |
| Tours | 480 | - 4,8 | 2,5 donnés en 2007 par ARH |

*Source : DHOS mai 2008 : derniers rapports quadrimestriels des CHU*

En valeur relative, le CHU de Nice, avec un résultat de -36,4 M€, soit 7,5 % de son budget présente la situation la plus dégradée de tous les CHU.

### *a) Des réorganisations tardives et mal engagées*

Certains CHU, comme celui de Tours, se sont modernisés et la restructuration de leur plateau technique est quasiment achevée. A l'inverse, l'exemple de l'Assistance publique de Marseille montre que ce CHU a mis de longues années pour s'engager dans une réorganisation et adopter un plan directeur stratégique. Le montant de ses investissements prévisionnels s'élève à 1 Md€.

**La restructuration coûteuse de l'assistance publique de Marseille**

L'AP de Marseille fait partie des trois plus gros CHU. Elle s'est engagée en 2003 dans le plus vaste programme de travaux qu'elle ait jamais connu. Ce projet a été très long à aboutir, le conseil d'administration et la communauté médicale ayant refusé en 1999 d'approuver un premier projet médical qui prévoyait le regroupement des activités d'urgence. Sous l'impulsion de l'ARH et d'un nouveau directeur, le projet a été repris en 2002. Huit opérations immobilières d'envergure

330. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007 : la fiabilité des comptes des hôpitaux, p. 93.

sont prévues, portant sur les quatre sites de l'AP, sur une durée de vingt ans. Les travaux ont été engagés très rapidement.

L'AP/HM est mal placée en termes d'efficience médico économique. Elle est plus chère que la moyenne des autres CHU et elle a un poids moyen de cas traité inférieur à celui des autres CHU.

L'ouverture partielle de ses lits de réanimation et de soins continus la conduit à refuser des patients qui vont se faire opérer dans le secteur privé à but lucratif ou non lucratif.

L'étude des séjours lourds montre par exemple que l'AP/HM réalise 29 % de la chirurgie digestive lourde et les établissements privés 40 %. En chirurgie cardiaque le rapport est légèrement en sa faveur (51 %), mais en orthopédie, elle est largement devancée par les établissements privés qui font 58 % des actes lourds (AP/HM : 26 %).

Dans ce contexte, la montée en charge de la T2A s'est avérée pénalisante : la situation financière de l'AP/HM est extrêmement dégradée. Son déficit est passé de 11 M€ en 2004 à 49,7 M€ en 2007. Le CHU n'a plus de capacité d'autofinancement : il recourt totalement à l'emprunt pour financer son projet d'investissement. Suite à une analyse de la mission d'expertise financière placée auprès de la trésorerie générale, l'ARH de PACA a demandé en février 2008 à l'AP/HM de revoir le programme financier qui accompagne son projet d'investissement. Les discussions sont en cours.

Certes, le retard pris pour faire aboutir ce projet est en grande partie responsable des difficultés financières du CHU. Mais dans un contexte où les évolutions technologiques et médicales sont rapides, où la concurrence est vive, cette reconstruction risque désormais d'aboutir à une inadéquation entre les besoins de la population et l'offre future, voire à un surdimensionnement de l'outil dans certaines spécialités, le mettant encore plus en difficultés à terme.

## C – Les soins de suite et de réadaptation : un développement à organiser

### 1 – Une discipline encore peu reconnue

Les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR) sont une discipline plus récente que l'obstétrique et la chirurgie. Le SSR se décompose en deux activités très différentes : une activité de convalescence et de cure médicale, d'une part, qui ne nécessite pas un plateau technique très spécialisé et, d'autre part, une activité de rééducation et de réadaptation qui requiert un environnement médical et para médical spécialisé. Le décret du 17 avril 2008 réunit ces deux activités en une seule dite de « soins de suite et de réadaptation ».

L'activité de SSR a été longtemps associée à la maison de repos ou de convalescence. Cette image ne correspond plus à la réalité car le SSR représente aujourd'hui un secteur de l'offre hospitalière qui a vocation à développer des modes de prise en charge modernes, notamment en réadaptation et médecine physique. Son importance s'est accrue du fait du vieillissement de la population et des nouvelles indications de prise en charge (accident vasculaire cérébral, état végétatif chronique, post infarctus) et de la diminution de la durée des séjours hospitaliers. Mais les lits de soins de suite sont occupés, notamment par des personnes âgées qui ont des difficultés à accéder au secteur médico-social.

Au total, l'offre de soins de ce secteur est peu lisible car les missions de cette discipline sont floues et mal positionnées, entre les soins de courte durée et le médico-social. Le niveau des ressources mobilisées et la qualité du service rendu aux patients sont méconnus.

**L'offre en soins de suite et de réadaptation**

La DHOS dénombre 1 575 établissements de soins de suite et 488 de réadaptation fonctionnelle, soit une capacité de 90 518 lits et 5 460 places. Les secteurs privés lucratif et à but non lucratif prédominent avec plus de 58 % des capacités et près de 60 % de l'activité[331].

L'activité est en progression rapide et les taux d'occupation sont élevés. La durée moyenne de séjour augmente : dans le secteur privé lucratif elle est passée de 30,8 jours à 31,2 jours entre 2004 et 2005. Dans le secteur public elle est de 35 jours. Si toutes les structures font à peu près la même chose, en revanche, elles ne le font pas avec la même intensité ni les mêmes moyens : le niveau de médicalisation et la technicité des plateaux sont très variables.

## 2 – Une offre à développer

A l'inverse de la chirurgie, l'objectif de la restructuration n'était pas de réduire l'offre mais au contraire de l'augmenter et de mieux l'organiser, car elle était très inégalement répartie sur le territoire et globalement insuffisante. Le développement de l'offre en soins de suite et de réadaptation a commencé durant le premier SROS (1994-1999). Les ARH, à l'exception de la région PACA qui avait des capacités excédentaires, ont continué ce mouvement en utilisant trois leviers :

- à l'occasion de la fermeture d'activités de chirurgie ou de médecine, elles ont reconverti des établissements en SSR. La région Centre a

331. DREES. Etudes et résultats n° 546 sur l'activité des établissements de santé en 2005. Décembre 2006.

mené ce type d'opération dans la plupart de ses départements. Elle a ouvert des capacités de SSR dans plusieurs cliniques comme celle du Boischaut dans l'Indre en 2005 et de Velpeau à Tours ou dans des CH comme Dreux ;

- elles ont délocalisé des lits là où il y avait, pour des raisons historiques, une trop forte concentration de l'offre. Ainsi, le Nord Pas de Calais a transféré des lits et du personnel de Berck sur deux autres sites situés en dehors du territoire de santé (Fouquières les Lens en Artois et Bailleul près de Lille) ;
- enfin, elles ont augmenté la taille des sites déjà existants de manière à ce qu'ils atteignent une taille critique (30 à 60 lits) permettant une organisation satisfaisante des soins. La région Centre rencontre des difficultés pour mener ce type d'opérations, du fait de l'existence de nombreuses petites structures dans les hôpitaux locaux.

Globalement, entre 1994 et 2006, l'offre en SSR a augmenté de 23 % dans le Nord Pas de Calais, de 20 % dans le Centre.

### 3 – Des secteurs à restructurer

Contrairement au cas général, la région PACA bénéficie d'une offre importante mais très mal répartie : le Briançonnais et le littoral ouest du Var sont largement excédentaires, alors que l'est du Var et le Vaucluse sont déficitaires. Par ailleurs, de nombreux établissements sont insuffisamment médicalisés. Ce constat a conduit à fermer, entre 1996 et 2007, 17 petites maisons de convalescence ou de repos et à regrouper leurs lits sur des sites existants, à réduire des lits de diététique trop nombreux, à procéder à la fermeture « sèche » de 3 établissements et à en délocaliser 6 sur des zones déficitaires comme le Vaucluse. L'ARH a prévu de poursuivre son action.

En médecine physique et de réadaptation (MPR), dans toutes les régions, la problématique a été différente du fait du manque de professionnels (ergothérapeutes et médecins de médecine physique et de réadaptation). Les ARH ont plutôt eu tendance à optimiser les ressources médicales et à resserrer l'offre. L'ARH du Centre a ainsi fermé plusieurs sites de MPR tout en augmentant globalement les capacités dans les villes concernées comme à Orléans ou Montargis.

### 4 – Des difficultés persistantes pour organiser la filière de soins

Les ARH ont d'abord utilisé les autorisations de SSR comme un levier pour fermer des structures de court séjour. Elles ont peu travaillé

sur deux problèmes majeurs : la coordination avec les structures de court séjour et le désencombrement des lits occupés de façon inadéquate.

Dans les trois régions étudiées, la Cour constate que l'on manque encore de lits en soins de suite, mais que tous ceux autorisés ne sont pas installés (exemple dans le Nord-Pas-de-Calais plus de 520 lits sur 3 971). Or le besoin de capacités en SSR augmente, du fait de la diminution des durées moyennes de séjour et des évolutions technologiques. Par ailleurs, les lits de MPR devraient être de plus en plus adossés aux plateaux techniques.

Les taux de fuite sont importants, surtout en médecine physique et de réadaptation, du fait de l'existence de plateaux techniques très performants, comme en Ile-de-France à Garches, au centre national des Invalides à Paris et dans la région Nord Pas de Calais à Berck.

#### 5 – Le manque de coordination avec le court séjour

Les études menées dans le cadre de la préparation des SROS 3 ont mis en évidence des besoins importants non satisfaits exprimés par les services de court séjour. Les retards de sortie des malades ont été parfois chiffrés en journées d'attente ou en équivalent lits. Pour la région Centre le besoin correspond à 550 lits sur 3 726 lits soit un besoin de 14,6 % de capacités supplémentaires. Mais il existe peu de conventions entre les services de court séjour et les soins de suite et lorsqu'elles sont formalisées elles sont difficilement opérationnelles parce que l'orientation des patients se fait souvent plus en fonction des places disponibles que de leur besoin.

Au total, le travail visant à structurer l'offre, plus qu'à la restructurer, n'est que partiellement engagé.

## III - Les conditions d'une relance des restructurations

Le bilan établi par la Cour fait ressortir des constats différenciés selon les disciplines et selon les régions étudiées. Pour autant, quelques enseignements peuvent s'en déduire et conduire à des orientations et des recommandations.

### A – Les principaux enseignements

Les ARH ont partout engagé des opérations de restructuration, mais les résultats sont restés très souvent en dessous des ambitions

affichées par les ordonnances de 1996, ou des priorités fixées par les SROS successifs.

La T2A, qui depuis 2008 s'applique à taux plein dans le secteur MCO, devrait mettre encore plus en évidence l'offre excédentaire par rapport aux besoins et révéler les établissements ayant une activité insuffisante. Pour autant il ne paraît pas possible de laisser se creuser les déficits déjà constatés sans agir. Ainsi, les missions et enquêtes qui se sont succédé depuis l'automne 2007 sur l'hôpital ont à juste titre montré la nécessité d'une relance de la politique de restructuration. Compte tenu des constats posés, elle impliquera :

- pour l'obstétrique, l'achèvement de la fermeture des petites maternités, sauf exception justifiée par un enclavement géographique et surtout la constitution d'un réseau de prise en charge gradué permettant un maillage plus efficient ;
- pour la chirurgie, la fermeture des services à faible activité et le redimensionnement, sous des formes à étudier dans chaque région, des plateaux techniques dont l'activité est insuffisante.
- pour les soins de suite, la clarification des objectifs des différentes structures et l'organisation de la gestion des lits en fonction des besoins des patients ;
- enfin, la relance d'une politique de restructuration volontariste reposant sur un projet médical d'établissement et conduisant, au-delà d'un seul regroupement juridique des établissements, à une réorganisation de l'offre de soins.

## B – Les pistes d'amélioration

Pour atteindre ces objectifs, les pistes d'amélioration sont nombreuses et cette enquête ne pouvait en faire un tour exhaustif. Cependant, les constats faits par la Cour permettent de dégager six orientations qui, sans être suffisantes, paraissent néanmoins nécessaires.

### 1 – Clarifier le partage des rôles entre les différents acteurs

Les gestionnaires des établissements de santé ne peuvent mener à bien la modernisation permanente de leur outil de production des soins que s'ils sont encadrés par des règles du jeu claires et durables. Le ministère de la santé doit donner toute sa place au pilotage par la performance car il ne peut y avoir de véritable politique hospitalière sans une articulation constante entre deux leviers essentiels : l'outil de planification et l'outil de financement. Dans ces deux domaines de nombreux dispositifs existent. Mais il est nécessaire que le ministère

clarifie sa doctrine, définisse des règles du jeu lisibles par tous et limite ses interventions de manière à donner aux acteurs du pilotage régional, qu'il s'agisse des ARH aujourd'hui ou des futures agences régionales de santé (ARS), la responsabilité opérationnelle de la mise en œuvre des priorités fixées.

En matière de restructuration, ce principe de méthode, valable de manière générale, s'impose particulièrement.

### 2 – Valoriser les comportements gestionnaires

Si le directeur de l'ARH dispose depuis 2004 du pouvoir de notation des directeurs d'établissement, il n'a aucun pouvoir sur l'affectation d'un directeur, ni sur sa demande de mutation. Les instructions relatives à la notation[332] et leur mise en œuvre ne font pas une place suffisante à la qualité de la gestion et aux résultats économiques des directeurs d'établissement public. Cette absence de critères d'évaluation a un effet démotivant sur les meilleurs gestionnaires qui peut les conduire à reporter des opérations délicates.

L'intégration dans leur évaluation de leur capacité à mener à bien ces opérations devrait s'imposer, via les ARH.

### 3 – Donner la priorité à la recherche de l'efficience

Les outils d'analyse de l'activité des établissements, de connaissance de leur environnement, de mesure de leur productivité par pôle ou par service sont nombreux. S'il n'existe pas de modèle unique en matière d'organisation hospitalière, en revanche, des améliorations sont possibles.

L'enquête de la Cour a souvent permis de confirmer les constats établis récemment dans les rapports de plusieurs missions d'inspection, notamment sur l'action limitée des ARH sur les établissements de santé en matière de performance et d'efficience. Les nombreux travaux de la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) sur les blocs opératoires, les urgences, le temps médical, la comptabilité analytique, la chirurgie ambulatoire[333] devraient constituer des référentiels exploitables et accessibles à tous.

332. Circulaire DHOS du 13 août 2007 relative à l'évaluation et à la prime de fonction des personnels de direction.

333. La MEAH a ouvert 24 chantiers depuis 2003 et rédigé des recueils de bonnes pratiques organisationnelles.

En particulier la dernière étude de la MEAH sur l'organisation et le fonctionnement de 850 blocs opératoires[334] situés dans 351 établissements corrobore les constats de la Cour. Elle montre notamment que ces blocs sont sous utilisés et que cette mauvaise gestion engendre des surcoûts inutiles. L'activité des blocs opératoires est globalement faible puisque le taux moyen d'ouverture des salles n'est que de quatre heures par jour et que seuls 21 % des sites examinés atteignent la référence d'ouverture retenue par la MEAH (38 heures par semaine ce qui correspond à 70 % d'un temps d'ouverture hebdomadaire de 54 heures sur la base de cinq jours et demi).

Il conviendrait en outre que les constats les plus critiques, par établissement ou par territoire, soient assortis de plans d'actions, décrivant les opérations internes ou externes à l'établissement susceptibles de rétablir une bonne gestion.

### 4 – Poursuivre l'effort de regroupement des établissements et de fermeture des plus petits d'entre eux

L'insuffisance de taille critique est à la fois dangereuse pour les patients et coûteuse. L'effort de restructuration, ralenti ou interrompu, doit donc être repris. Il ne peut se limiter à une fusion ou à des regroupements de nature administrative mais doit se traduire par une réorganisation des activités fondées sur un projet médical de territoire.

### 5 – Définir des procédures contraignantes pour les établissements en déficit

Une procédure complexe a été définie, associant les hôpitaux publics, les ARH et les juridictions financières.

Le directeur de l'ARH peut saisir la chambre régionale des comptes (CRC) pour évaluer la situation financière d'un établissement en difficulté et pour proposer des mesures de redressement. Cette saisine, qui est en principe postérieure à la définition d'un plan de redressement, demandé par l'ARH et établi par l'établissement, intervient si son résultat

334 . « Benchmarking des blocs opératoires dans dix régions pilotes. Synthèse nationale ». Juillet 2008, disponible sur le site de la MEAH.

comptable présente un déficit supérieur à 3,5 %[335]. La CRC dispose de deux mois pour établir son rapport.

Plusieurs CRC ont été saisies par les ARH. Mais le nombre potentiel d'établissements concernés par cette procédure est important : de l'ordre d'une centaine. L'exemple de l'intervention de la CRC Ile-de-France, pour le SIH de Juvisy-sur-Orge, montre que cette procédure peut contribuer à faire accepter les décisions difficiles liées à une restructuration.

**L'exemple du syndicat interhospitalier de Juvisy-sur-Orge**

Le SIH de Juvisy-sur-Orge est né en 2002 de la fusion du CH de Juvisy et d'un établissement PSPH géré par la Croix Rouge Française. Ce CH qui assure un service de proximité présente un déficit d'exploitation prévisionnel supérieur à 2 M€ en 2007, soit plus de 9 % de ses recettes.

L'analyse faite par la CRC en décembre 2007 montre que cet établissement est très déficitaire à la T2A et que sa situation financière se détériore très rapidement. Il a une activité trop faible notamment en chirurgie : il réalise à peine plus de 2 000 actes par an. Il est peu attractif car situé dans une zone où il existe trois établissements importants : le CH de Longjumeau, le CHIC de Villeneuve- Saint-Georges et le CH d'Evry-Corbeil. Par ailleurs la clinique privée voisine a réalisé trois fois plus d'interventions que lui en 2006, alors qu'ils avaient une activité similaire en 2002.

De nombreux problèmes d'organisation interne contribuent à son déséquilibre financier, comme notamment l'importance des gardes ou la sous utilisation des blocs opératoires dont le taux d'occupation n'est que de 62 %.

La CRC a préconisé à court terme un certain nombre de mesures de redressement comme la suppression des lignes de garde en SSR et en chirurgie, ainsi que la suspension des interventions après 18 heures ou le week-end. L'établissement développerait en contrepartie de la médecine gériatrique, en cohérence avec les données du SROS3. A moyen terme, afin de les préparer, elle propose la fermeture des services de chirurgie et d'obstétrique.

Le conseil d'administration de l'établissement a suivi les recommandations de la CRC en décidant en juillet 2008 de fermer ses activités de chirurgie et de maternité.

335. L'article D. 6145-63 du CSP prévoit que la saisine de la CRC est fondée dès lors que le résultat comptable du compte de résultat principal, calculé par différence entre les produits et les charges du dernier exercice clos et corrigé des charges et produits sur exercices antérieurs comptabilisés sur l'exercice en cours, présente un déficit supérieur à un seuil fixé à 3,5 % du total des produits de l'exercice. Ce seuil est abaissé à 2,5 % pour les CHU.

La procédure ainsi définie peut se révéler utile. Elle gagnerait cependant à ne pas mettre en première ligne les juridictions financières au risque de délégitimer les ARH qui doivent exercer pleinement leurs responsabilités.

### 6 – Renforcer le lien entre les autorisations et la qualité des pratiques

L'article L. 6113-1 du code de la santé publique prévoit que tous les quatre ans les établissements de santé doivent rentrer dans une procédure d'accréditation, appelée aujourd'hui certification. Cette évaluation est devenue obligatoire en 2004 et a été confiée à la Haute autorité de santé (HAS). La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a prévu également l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour tous les praticiens et a incité les équipes à risque[336] à rentrer dans une procédure qui permet de montrer qu'elles font de la gestion des risques sanitaires. Ces indicateurs de qualité et de compétence devraient être pris en compte par les ARH lors de l'étude des demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation.

**SYNTHESE**

*L'offre de soins hospitaliers s'est profondément modifiée entre 1997 et 2007. Ces changements se sont fait à un rythme très différent selon les disciplines et selon les secteurs hospitaliers.*

*La Cour constate que lorsque les ARH disposent de normes techniques et de fonctionnement, d'indicateurs à atteindre, d'outils de mesure ou de suivi, elles ont pu utiliser ces leviers pour restructurer l'offre de soins et améliorer la qualité des prises en charges. Ainsi, en obstétrique, la diminution du nombre des petites maternités notamment a permis de mieux sécuriser l'environnement de la grossesse et de la naissance. En revanche, une attention insuffisante a été portée à la structuration des réseau de maternités, ainsi qu'aux modes d'organisation des maternités, en particulier de niveau III, qui restent trop disparates au regard de leur activité.*

*En chirurgie, l'absence de seuils d'activité minimale et de levier tarifaire avant 2004 pour encourager la pratique de la chirurgie ambulatoire a été peu incitative à la restructuration dans le secteur public. Le maintien de nombreux services à faible activité et peu attractifs s'avère coûteux pour la collectivité, alors que la population a, le plus souvent, déjà*

336. Décret n°2006-909 du 21 juillet 2006.paru JO du 23 juillet qui fixe 21 spécialités à risque.

*fait son choix en allant se faire opérer ailleurs. Les coopérations entre le secteur public et les cliniques privées sont peu nombreuses et ont été difficiles à réaliser. Les cliniques ou les établissements PSPH, soumis à la sanction économique, contrairement aux hôpitaux publics qui ont eu des aides financières lorsqu'ils étaient en difficulté, se sont, pour la plupart, adaptés et ont modernisé rapidement leur outil de production. Dans de nombreuses villes et dans certaines disciplines, ils concurrencent désormais plus fortement les hôpitaux, y compris les CHU.*

*Les adaptations dans le domaine des soins de suite et de réadaptation ont été plus menées en accompagnement des reconversions d'établissement de court séjour que dans la perspective de consolider et développer cette activité médicale, pourtant devenue de plus en plus indispensable.*

*Dans un contexte où le secteur de la santé évolue en permanence, où ces changements ont un impact sur les métiers, l'organisation des soins ou des plateaux techniques, les gestionnaires des établissements doivent avoir la capacité de faire évoluer rapidement leur appareil de production. La Cour recommande que le ministère de la santé clarifie ses objectifs et stabilise rapidement un cadre règlementaire et financier qui permette à tous les acteurs d'avoir plus de visibilité et qui soit plus incitatif aux restructurations.*

---

**RECOMMANDATIONS**

*36. Définir un plan de restructuration des plateaux techniques publics assorti d'un calendrier.*

*37. Engager un effort systématique de pédagogie auprès du grand public sur la nécessité et le bien-fondé de ces opérations.*

*38. Valoriser dans le déroulement de carrière des directeurs d'établissements la capacité à mener à bien des opérations de restructuration.*

*39. Conditionner l'attribution des aides financières aux hôpitaux publics en difficulté à la mise en œuvre d'actions de réorganisation interne et externe.*

*40. Intégrer les critères de qualité et de compétence des équipes et les résultats de la certification des établissements dans les décisions d'autorisation d'activité.*